

독립 의료 심의(IMR) 신청서

귀하의 IMR에 관련하여 다른 사람에게 권한을 부여해 도움을 받으려면 위임 지원서(Authorized Assistant Form)도 작성해야 합니다.

환자 정보

이름 _____ 중간 이름 _____ 성 _____
 미성년자를 위해 본 신청서를 제출하는 경우 부모 또는 보호자의 이름 _____
 주소 _____
 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
 주간 전화번호 _____ 야간 전화번호 _____
 의료보험사 이름 _____
 환자의 보험가입 번호 _____
 환자의 생년월일(년/월/일) _____ 성별 남 여
 Medi-Cal을 가지고 있습니까? 예 아니오
 Medicare나 Medicare Advantage를 가지고 있습니까? 예 아니오
 귀하의 의료보험사에 불만사항이나 이의를 이미 제기했습니까? 예 아니오
 귀하가 이미 제공받은 의료서비스 비용을 지불받길 원하십니까? 예 아니오

귀하의 건강 문제 (필요하면 별지를 사용하거나 다른 문서를 첨부하십시오.)

- 1 귀하의 건강 상태 또는 의사의 진단은 무엇입니까? _____
- 2 어떤 의료서비스 또는 치료를 요청했습니까? _____
- 3 이 사례에 대해 어떤 결정이 내려지길 원하십니까? _____
- 4 귀하의 건강에 심각한 위협이 되는 상태입니까? 예 아니오
 “ 예 ” 인 경우, 자세히 설명해 주십시오. _____
- 5 귀하의 의료보험사는 귀하가 원하는 치료를 어떻게 판단했습니까?(하나를 선택하십시오):
 의료적으로 필요하지 않음 실험 또는 조사 목적의 치료임 기타(자세히 설명해 주십시오)
- 6 귀하의 주치의 또는 귀하의 상태를 보거나, 치료하거나 조언한 다른 의사의 이름과 전화번호를 나열하십시오. 귀하의 의료보험 회사 네트워크에 속한 의사입니까? (필요하면 별지를 사용하십시오.) _____
- 7 본인은 의료보험사와의 사이에 발생한 문제에 대한 의사 결정을 내리기 위해 IMR(Independent Medical Review)을 요청합니다. 본인의 문제가 IMR을 이용할 자격이 없을 경우 일반 이의제기 절차로 검토해 주시기를 바랍니다. 본인은 이전과 현재의 의료서비스 제공자 및 의료보험사는 이 문제를 검토하는데 필요한 본인의 건강 기록과 정보를 공개할 수 있음을 허락합니다. 이러한 기록에는 의료, 정신건강, 약물 남용, HIV, 진단 이미징 보고서 및 기타 본인의 사례와 관련되는 해당 기록들이 포함될 수 있습니다. 이러한 기록에는 의료와 관련이 없는 기록과 기타 본인의 사례와 관련되는 정보도 포함될 수 있습니다. 본인은 DMHC(Department of Managed Health Care)와 IMR 직원이 이러한 기록과 정보를 검토할 수 있음을 허락합니다. 이 허락은 법에서 허용하는 경우를 제외하고 아래 날짜로부터 1년 후에 종료됩니다. 예를 들어, DMHC는 본인의 정보를 법에 따라 내부적으로 계속 사용할 수 있습니다. 본인은 원할 경우 이 허락을 더 빨리 종료할 수도 있습니다. 이 양식에 제공하는 모든 정보는 진실합니다.

환자 또는 부모의 서명 _____ 날짜 _____

작성하신 양식과 모든 첨부서류를 다음 주소로 또는 팩스로 보내십시오. **Help Center, Department of Managed Health Care, IMR Unit, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814; 팩스: 916-255-5241**

인증 지원 양식

- 귀하의 IMR(Independent Medical Review)이나 불만에 관련하여 귀하를 보조할 수 있는 권한을 다른 사람에게 부여하려면, 아래 A와 B 부분을 작성하십시오.
- 18세 미만의 어린이를 위해 이 IMR이나 불만을 제출하는 부모 또는 법적 보호자의 경우에는 이 양식을 작성하지 않아도 됩니다.
- 능력이나 자격이 없어서 이 양식을 작성하지 못하는 환자를 위해 이 IMR이나 불만을 제출하며, 귀하에게 이 환자를 대신할 수 있는 법적 권한이 있는 경우에는, B 부분만 작성하십시오. 또한 의료 서비스 관련 의사 결정에 대한 대리 위임장 사본이나 귀하가 환자를 대신하여 의사 결정을 내릴 수 있다고 기록되어 있는 다른 문서를 첨부하십시오.

A: 환자

나는 아래 B 부분에 지정된 사람이 DMHC(Department of Managed Health Care)에 IMR이나 불만을 제출하는 데 있어 나를 보조할 수 있도록 허용합니다. 나는 DMHC 및 IMR 직원이 내 건강 상태와 관리에 대한 정보를 아래 지정된 사람과 공유할 수 있도록 허용합니다. 이러한 정보에는 정신 건강 치료, HIV 치료 또는 검사, 알코올 또는 약물 치료 및 기타 의료 서비스 정보가 포함될 수 있습니다.

나는 내 IMR이나 불만에 관련된 정보만이 공유될 수 있다는 것을 이해합니다.

나는 이러한 보조를 자발적으로 승인하는 것이며 승인을 취소할 권리를 보유합니다. 승인을 취소할 경우에는, 서면으로 취소할 것입니다.

환자 서명 _____ 날짜 _____

B: 환자를 보조하는 사람

환자를 보조하는 사람의 이름(환자체) _____

환자를 보조하는 사람의 서명 _____

주소 _____

환자와의 관계 _____

주간 전화번호 _____

야간 전화번호 _____

의료 서비스 관련 의사 결정에 대한 대리 위임장 또는 다른 법률 문서가 첨부되어 있습니다.